**附件：药品流通监管与药品流通企业质量管理能力**

**提升培训回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | （发票抬头） | | | | | | |
| 纳税人识别号 |  | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮 编 |  | |
| 联 系 人 |  | 职务 |  | | 邮 箱 |  | |
| 联系电话 |  | 传真 |  | | 手 机 |  | |
| 学员姓名 | 部门/职务 | 性别 | 手 机 | | 电 子 邮 箱 | | 线上/线下 |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| 交费方式 | □汇款 □现金 □刷卡 | | | | | | |
| 住宿标准 | □包房 □拼住 □不住宿 | | | | | | |
| 参加本次学习  重点关注内容 |  | | | | | | |
| 开票信息：**普票**  单位名称：  纳税人识别号：  电 话： | | | | **报名联系方式**  联系人：陈老师  电 话：18201194238  报名邮箱：1931435954@qq.com | | | |